

## 치과 비용 환급 양식

귀하의 플랜은 서비스 지역 내에서 면허를 소지한 치과 의사에게 제공받는 치과 서비스를 분기별 수당 금액까지 보장합니다. 자세한 내용은 보장 범위 증명서를 확인하십시오. **환급을 받으려면 이 양식과 함께 항목별 영수증 및 지불 증빙을 다음 주소로 제출해 주십시오:**

DentaQuest Claims  
PO Box 2906  
Milwaukee, WI 53201-2906  
팩스: 1-262-834-3589

### 1. 회원 세부정보

이름:	중간 이니셜:	성:
생년월일: (월월/일일/년년년년)		
보험사 이름: <b>Clever Care Health Plan</b>	Clever Care 회원 ID 번호:	

### 2. 연락처 정보

거리 주소:	아파트(호수):	
도시:	주: <b>CA</b>	우편번호:
전화번호:	이메일(선택 사항):	

### 3. 의료 서비스 제공자 정보

제공자 이름:	제공자 NPI/TIN(선택 사항):	
제공자 진료실 이름:		
주소:	스위트(호수):	
도시:	주: <b>CA</b>	우편번호:
전화번호:	팩스:	

(계속)

#### 4. 인보이스 정보

이 청구와 함께 제출하는 각 인보이스의 세부정보를 기입하십시오.

서비스 날짜 (월월/일일/ 년년년년)	인보이스 날짜 (월월/일일/ 년년년년)	제공자의 서비스 세부정보 (예: 신경 치료, 수복, 틀니)	절차 코드	지불 금액